

 Ministerio de Salud Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur	FORMATO	Código:	DIRIS-SST-F-007
	REGISTRO DE INCIDENTES E INCIDENTES PELIGROSOS	Versión:	1
		Fecha:	28/02/2023

N° Registro:	0 - 202__
---------------------	-----------

1. DATOS DEL EMPLEADOR PRINCIPAL:				
RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL	RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, provincia, departamento)	TIPO DE ACTIVIDAD ECONOMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL
Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur	20602251641	Calle Martínez de Pinillos N° 124	Regulación de Activid. Organismos	

COMPLETAR SOLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO

N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR	N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR	NOMBRE DE LA ASEGURADORA

Completar sólo si contrata servicios de intermediación o tercerización:

2. DATOS DEL EMPLEADOR DE INTERMEDIACION, TERCERIZACION, CONTRATISTA, SUBCONTRATISTA, OTROS:				
RAZON SOCIAL O DENOMINACION SOCIAL	RUC	DOMICILIO (Dirección, distrito, provincia, departamento)	TIPO DE ACTIVIDAD ECONOMICA	N° TRABAJADORES EN EL CENTRO LABORAL

COMPLETAR SOLO EN CASO QUE LAS ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR SEAN CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO

N° TRABAJADORES AFILIADOS AL SCTR	N° TRABAJADORES NO AFILIADOS AL SCTR	NOMBRE DE LA ASEGURADORA

3. DATOS DEL TRABAJADOR:								
APELLIDOS Y NOMBRES DEL TRABAJADOR QUE SUFRIO EL INCIDENTE/ INCIDENTE PELIGROSO						N° DNI / CE		EDAD

SEDE	AREA	PUESTO DE TRABAJO	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO	SEXO (M / F)	TURNO (D / T / N)	TIPO DE CONTRATO	TIEMPO DE EXPERIENCIA EN EL PUESTO	N° HORAS TRABAJADAS

4. INVESTIGACION DEL INCIDENTE/ INCIDENTE PELIGROSO

FECHA Y HORA DE LA OCURRENCIA DEL INCIDENTE/ INCIDENTE PELIGROSO				FECHA DE INICIO DE LA INVESTIGACION			LUGAR EXACTO DONDE OCURRIO EL INCIDENTE/ INCIDENTE PELIGROSO			N° TRABAJADORES POTENCIALMENTE AFECTADOS		
DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO						

5. DESCRIPCION DEL INCIDENTE/ INCIDENTE PELIGROSO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. DESCRIPCION DE LAS CAUSAS QUE ORIGINARON EL INCIDENTE/ INCIDENTE PELIGROSO

6.1. Causas inmediatas (Actos y condiciones inseguras):

a) Actos inseguros:

-
-
-

b) Condiciones inseguras:

-
-
-

6.2. Causas básicas (Factores personales y factores de trabajo):

a) Factores personales:

-
-
-

b) Factores de trabajo:

-
-
-

7. MEDIDAS CORRECTIVAS

DESCRIPCION DE LA MEDIDA CORRECTIVA	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION			Estado de implementación de la medida correctiva (REALIZADA, PENDIENTE, EN PROCESO)
		DÍA	MES	AÑO	

8. RESPONSABLE DEL REGISTRO Y DE LA INVESTIGACION

Nombre:		Cargo:		Fecha:		Firma:	
Nombre:		Cargo:		Fecha:		Firma:	
Nombre:		Cargo:		Fecha:		Firma:	

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:
Seguridad y Salud en el Trabajo	Jefe de Oficina de RR.HH.	Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo